

Ricevuta del Contraente

Relativa alla Consegna della Documentazione Precontrattuale

| Dati anagrafici del Contraente che rilascia la dichiarazione | | |
|--|--------------------|-----------------------|
| Cognome e Nome o Ragione Sociale: | | |
| Data di Nascita: __/__/____ | Comune di Nascita: | Provincia di Nascita: |
| Codice Fiscale: | Partita I.V.A.: | |
| Residenza o Sede Legale – Indirizzo: | | |
| Località: | C.A.P.: | Provincia: |

Estremi della polizza/appendice proposta od emessa

| Compagnia | Ramo | Numero Polizza | Decorrenza | Descrizione Rischio |
|-----------|------|----------------|------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 e del Reg. n. 35 del 26/05/2010 e successive eventuali variazioni e/o modificazioni,

il sottoscritto Contraente dichiara di avere ricevuto e preso visione di:

- copia della **COMUNICAZIONE INFORMATIVA** sul **COMPORAMENTO** degli **INTERMEDIARI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI** che contiene notizie sull'Intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interesse e sugli strumenti di tutela del Contraente;

Modello 7a – Allegato 7b di

Iscrizione:

Reg. ISVAP 5/2006.

- copia dei **DOCUMENTI di VALUTAZIONE** dell'**ADEGUATEZZA** dei **CONTRATTI di ASSICURAZIONE OFFERTI**: Informazioni da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, dal contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche;
- la **DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE (fascicolo informativo)** prevista dalle disposizioni vigenti relative ai contratti sopraindicati;
- copia dell'**INFORMATIVA** ai clienti dell'agenzia sul **TRATTAMENTO dei DATI PERSONALI**;
- ed inoltre dichiara, a norma e nei termini previsti al I e II comma dell'art. 34 D.L. n. 1 del 24/01/2012, di aver ricevuto in modo corretto, trasparente ed esaustivo informazioni sulla tariffa e sulle altre condizioni contrattuali proposte da almeno tre diverse compagnie assicurative non appartenenti a medesimi gruppi.

Firma Contraente (*)

- DICHIARAZIONE di VOLONTA' di ACQUISTO in caso di possibile INADEGUATEZZA**

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali sulla base delle informazioni disponibili le proposte assicurative non risultano o potrebbero non risultare adeguate alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto Contraente dichiara di voler comunque stipulare il o i relativo/i contratto/i.

MOTIVO:.....

Firma Contraente (*)

- Preso atto dell'Informativa e delle finalità del Trattamento dei miei dati personali da parte della Vostra Agenzia :

Consento non Consento, il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 1 dell'informativa;

Consento non Consento, il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 2 dell'informativa.

Firma Contraente (*)

Data Firma dell'Intermediario.....

(*) Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma di un procuratore.

S.A.FI. Insurance S.r.l.

Sede legale: Via della Costituzione, 119/2 – 30038 Spinea (VE)

Sedi operative: Via Vittorio Alfieri, 1 – 31015 Conegliano (TV) e Via Venezia, 13/B – 31020 San Vendemiano (TV)

Tel 0438 368330 – Fax 0438 415730 | www.safinsurance.it – safinsurance@legalmail.it

P.IVA – CF e Registro Imprese di Venezia nr. 02979170277 – REA 269544 - Capitale Sociale € 10.200 i.v.

